

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 octobre 1899, à 1 heure

Par J. GUILAINE

Né à Nonancourt (Eure) le 27 février 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE CHEZ L'ENFANT

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges { MM. REMY, professeur.
ALBARRAN et HARTMANN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

32

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 octobre 1899, à 1 heure

Par J. GUILAINE

Né à Nonancourt (Eure) le 27 février 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

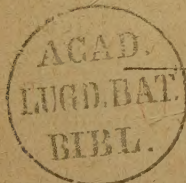
DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges { MM. REMY, professeur.
ALBARRAN et HARTMANN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD.
		BOUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pa ologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Bien que le nombre des observations de kystes hydatiques du foie chez l'enfant se soit quelque multiplié dans ces dernières années, il n'en reste pas moins vrai que ce sont des affections rares. Nous avons eu l'occasion, pendant que nous avions l'honneur d'être l'élève de M. le professeur agrégé Broca à l'hôpital Trousseau, de voir de petits malades atteints de cette affection ; nous avons pu, d'autre part, grâce à la bienveillance de notre maître, revoir et suivre une partie des jeunes sujets qu'il avait opérés dans de telles circonstances. Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de réunir ces cas d'une affection rare et nous nous proposons, en faisant notre thèse sur les kystes hydatiques du foie chez l'enfant, de réunir les

connaissances acquises sur cette affection, de présenter des résultats tous comparables entre eux puisqu'ils ont été traités par un même chirurgien. Nous passerons donc rapidement en revue l'histoire des kystes hydatiques du foie chez l'enfant ; nous jetterons un coup d'œil sur leur étiologie ; après avoir rappelé les notions d'anatomie pathologique connues, nous nous arrêterons un instant aux symptômes et au diagnostic. Enfin nous consacrerons un chapitre à l'étude du traitement et au résultat qu'on peut en espérer. Nous rapporterons en détail toutes les observations que notre excellent maître a bien voulu nous confier et nous essayerons de montrer non seulement les résultats immédiats du traitement, mais encore ses résultats éloignés en nous basant sur les malades que nous avons pu revoir et suivre.

Avant d'entrer dans le fond de cette modeste étude, nous tenons à remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux. Tout d'abord à M. le docteur A. Broca, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, nous offrons ici l'hommage de notre vive reconnaissance pour la façon bienveillante dont il nous a accueilli dans son service, pour son savant enseignement à la fois clair et pratique ; enfin pour les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner. C'est sous ses auspices que nous entreprenons ce travail dont il nous a fourni les éléments, et si l'on y trouve quelque chose d'intéressant et d'utile, c'est à lui seul que nous le devons.

Que M. le professeur Tillaux et M. le Professeur Lannelongue dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève veuillent bien aussi agréer l'hommage de notre recon-

naissance. Nous tenons aussi à exprimer notre gratitude à M. le Docteur Chaput, chirurgien des hôpitaux, et à MM. Siredey, Ferrand et Tenson, médecins des hôpitaux, qui ont bien voulu nous permettre de profiter de leurs enseignements. Enfin c'est M. le Professeur Budin et M. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux et professeur agrégé qui nous ont enseigné la pratique des accouchements; nous ne saurions trop les remercier de leurs savantes leçons et de leur bienveillance.

Que M. le docteur Berger, chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine et membre de l'académie, soit assuré de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Nous ne pouvons songer, dans ce travail, à refaire la longue énumération des auteurs qui ont écrit sur les kystes hydatiques du foie, en général. L'historique de cette affection a été maintes fois exposé dans des thèses et il n'y a pas d'intérêt à le rééditer. Nous nous contentons, sans même résumer l'histoire de ces kystes, comme l'a fait Pontou, de signaler les auteurs auxquels nous devons les observations de kystes hydatiques publiés jusqu'aujourd'hui. Tout d'abord Cruveilhier (1) rapporte une observation qui n'est pas à l'abri de toute contestation. Becquerel et Séguin (2) en 1837, Barrier (3) dans sa thèse, Lebret (4) 1849, Boinet (5), Bodson (6) publièrent une série de cas dont les observations sont plus complètes et plus probantes.

Nous trouvons ensuite les faits de Trousseau (7), de

1. Cruveilhier. *Anat. pathol.*, t. III. p. 537.

2. Becquerel et Séguin. *Gaz. méd.*, 1837 p. 406.

3. Barrier. *Th. de Paris*, 1840. •

4. Lebret. *Mémoires de la soc. de biologie*, 1849, p. 64.

5. Boinet. *Traité d'iodothérapie*, 2^e édit., page 521.

6. Bodson. *Bul. des scienc. méd.*, tome V, p. 75.

7. Trousseau. *Clin. t. III*, p. 436.

Marius Paul (1), de Gooch (2), de Hill de Dumphris (3), de Lassus et de Laporte (4). D'autres exemples sont dûs à Bouchut (5), Cadet de Gassicourt (6), Laboulbène (7), Descroizilles (8), Frérichs (9), Triboulet (10), Giralès (11), Bourneville et Bourgeois (12), H. Roger (13), Rathéry, dans sa thèse (14) rapporte une observation, à Damaschino, Finsen (15) publia en 1869 une étude sur les échinocoques épidémiques d'Islande dans laquelle il signale un assez grand nombre de cas de kystes hydatiques chez l'enfant, puis viennent les observations de Bergeron (16), d'Archambault (17), de Saint-Germain (18), Descroizilles (19),

1. Marius Paul. Th. de Paris, 1866.
2. Gooch. *Cases and remark of surgery*, p. 170.
3. Hill de Dumphris. *Med. and philos. comp.* vol. II, p. 303.
4. De Lassus et de Laporte, *Journ. de méd. de Corvisart*, A, 1 p. 130.
5. Bouchut. *Gaz. des hôp.* 1862, p. 353.
6. Cadet de Gassicourt. *Davaine Traité des entozoaires*, obs. 92.
7. Laboulbène. *Davaine Traité des entozoaires*.
8. Descroizilles. *Bull. de la soc. anatom.* 1861, p. 533.
9. Frérichs. *Traité des mal. du foie*, 1866.
10. Giralès. *Mouvem. méd.* Juill. 1866, n° 2.
11. Bourneville et Bourgeois. *in*. thèse de Pontou.
12. Triboulet. *in* thèse de Pontou.
13. Roger. *Gaz. des hôp.* 1865, p. 345.
14. Finsen. *Arch. de méd.* 1869.
15. Rathéry. Th. de Paris, 1870.
16. Bergeron. *France méd.* 1877, p. 569.
17. Archambault. *Union méd.* 1877, II, p. 102.
18. Saint-Germain. *France méd.* 1881, p. 362 et suiv.
19. Descroizilles. *Manuel de pathologie et de cliniques infantiles*, p. 258.

Rillet et Barthez, de Comby, de Marfan, de Broca, etc..

Forgues (1) en a opéré deux cas. Ajoutons en passant quelques exemples que l'on trouve dans la thèse de Potherat (2), et enfin tout récemment deux cas de M. Audion (3) provenant du service de notre maître, M. le Docteur Broca.

Tels sont les principaux noms que nous trouvons dans l'histoire des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Nous les signalons sans avoir la prétention de présenter un historique complet, car d'autres observations existent encore éparses, disséminées dans la littérature médicale. En tout cas, on voit par cette simple énumération que ces kystes ont dû passer d'abord inaperçus et que les faits se multiplient depuis que l'attention des auteurs a été attirée de ce côté.

1. Forgues. *Traité des mal. de l'enfance*, 1897 A. III, p. 195.

2. Potherat. *Th. de Paris*, 1889.

3. Audion, *Rev. des mal. de l'enfance*, déc. 1898, p. 609.

ÉTIOLOGIE

La cause essentielle des kystes hydatiques du foie, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, est la pénétration dans l'organe de l'embryon exacanthé. Le *tœnia echynocoque* ou *tœnia nana vit*, comme on sait, dans l'intestin grêle du chien le plus ordinairement; c'est un ver de petite dimension (2 millim. et demi à 5 millim.). Il est ordinairement caché entre les valvules conniventes de la première portion de l'intestin grêle; sa tête, munie d'une double couronne de trente à cinquante crochets, porte quatre ventouses; le corps, formé de trois à quatre anneaux, dont le premier porte l'utérus, est réuni à la tête par un cou très court.

Expulsé de l'intestin de l'animal, le *tœnia* meurt et laisse ses œufs en liberté; ceux-ci sont emportés comme le fait remarquer Forgues (1) aux pieds des légumes avec le fumier, ou bien encore ils sont transportés par les eaux. C'est donc avec l'eau, les légumes et les fruits qu'ils peuvent pénétrer dans l'organisme humain. Dans le tube digestif la coque est détruite et l'embryon exacanthé pourvu de ses six crochets est mis en liberté; il per-

1. Forgues, *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby, Marfan, t. III. p. 192.

fore l'intestin et se trouve transporté par le sang dans les organes et particulièrement dans le foie où il s'enkystera pour donner l'hydatide.

C'est donc par les aliments végétaux et par l'eau que l'ecchynocoque pénètre dans l'organisme. Dès lors on ne saurait s'étonner de la rareté de cette affection dans la première enfance, pendant la période de lactation en particulier ; pourtant, Cruveilhier a vu à l'autopsie d'un enfant de 12 jours un kyste rompu dans l'intestin qu'il considère comme kyste hydatique. C'est là, d'ailleurs, un fait isolé, peut-être même critiquable au point de vue de sa nature et d'explication fort difficile, car d'un côté on ne peut guère admettre l'infection intra-utérine et d'un autre côté il est peu probable qu'un tel kyste se soit développé si rapidement après la naissance. Du reste, quand on passe en revue les observations publiées en s'attachant à noter l'âge des malades, on s'aperçoit que le kyste hydatique ne fait guère son apparition avant l'âge de quatre ans ; c'est bien en rapport avec l'époque à laquelle l'enfant commence à participer à l'alimentation commune. De la quatrième à la huitième année les cas restent peu nombreux, mais leur fréquence augmente beaucoup à l'âge de 8 à 15 ans alors que leur nourriture est exactement la même que celle de l'adulte.

Cependant Finsen (1) comparant les observations des auteurs pense qu'un douzième des cas concerne des enfants qui n'ont pas encore atteint leur dixième année.

1. Finsen. *Contribution à l'étude des échinocoques épidémiques d'Islande*, arch. de méd., 1869, p. 23 et suiv.

Pontou (1) nous dit dans sa thèse que les kystes hydatiques du foie chez l'enfant s'observent surtout de huit à neuf ans ; il les aurait observés à cet âge dans un tiers des cas (sept fois sur vingt-et-un cas).

Dans les cas que nous rapportons, au nombre de six, l'âge de dix à quatorze ans paraît être celui où les enfants sont le plus souvent atteints.

Nous trouvons en effet un malade de cinq ans, un de sept, un de onze, deux de treize et un de quatorze.

Quant au sexe, toujours en nous basant sur les faits de M. Broca, il semble que les garçons soient plus souvent atteints que les filles (1 fille pour cinq garçons) ; mais il est difficile d'apprécier ce point d'une façon absolue en se basant sur un nombre restreint d'observations.

Et si nous avons trouvé les garçons plus fréquemment atteints, nous ne sommes pas autrement surpris de voir que Pontou a observé l'inverse.

On sait que chez l'adulte, les hydatides se développent indifféremment chez l'un ou l'autre sexe, nous serions tenté de croire qu'il en est de même chez l'enfant car si nous réunissons nos observations à celles de Pontou et de Forgues, nous arrivons presque à égalité des cas pour les deux sexes.

Dans l'étiologie des kystes hydatiques du foie chez l'enfant on peut encore incriminer comme chez l'adulte l'influence du régime et de l'humidité. Enfin, il faut tenir compte aussi de leur fréquence plus grande dans certains

1. Pontou. *Recherches sur les kystes hydatiques du foie chez l'enfant*, Th. de Paris, 1867.

pays. C'est ainsi que Davaine considère la maladie comme très rare dans l'Inde, en Egypte et aux Etats-Unis. En Islande elle est très fréquente (Finsen). Au dire de certains auteurs, les différentes localités d'un même pays fourniraient des proportions variables.

On a parlé aussi du traumatisme, et dans leurs observations, Bourneville, Frerichs, Lassus, Laboulbène, etc... parlent de coups, chutes, contusions de la région épigastrique ou de l'hypochondre. Ces traumatismes auxquels les anciens accordaient une grande importance étiologique ne sauraient plus être considérés de même façon maintenant que la nature des kystes hydatiques est bien connue ; lorsque une violence extérieure a été notée, c'est à son occasion que l'examen complet du malade a été fait et la tumeur hydatique découverte ; mais il s'agit évidemment là d'une lésion qui existait déjà depuis longtemps et sur laquelle le trauma a simplement attiré l'attention.

La localisation dans le foie envisagée par rapport à l'atteinte des autres organes est très fréquente, c'est ainsi que Pontou sur quarante-six cas signale vingt-deux kystes du foie, dix du cerveau, cinq des poumons et de la plèvre, deux du cœur et du péricarde, deux des reins, deux de l'orbite, un de la face, un des os, un des organes génitaux.

Comme le fait remarquer Pontou, cette prédominance de la localisation hépatique est encore plus grande chez l'enfant que chez l'adulte, car chez ce dernier, Davaine n'a trouvé qu'un tiers de kystes hydatiques du foie.

SYMPTOMES

Les signes que peuvent présenter les kystes hydatiques du foie chez l'enfant doivent être divisés en signes physiques locaux et en signes généraux.

1° *Symptômes locaux.* — Les symptômes locaux nous occuperons d'abord ; mais avant de les décrire, il est important de faire remarquer qu'ils sont généralement assez tardifs. Le début des kystes hydatiques du foie est en effet très difficile à préciser et très obscur.

Segond a dit qu'ils se déposent à froid dans le parenchyme hépatique ; jusqu'à ce que la tumeur soit devenue assez volumineuse pour être perçue, les signes physiques font à peu près défaut ; ils n'apparaissent donc qu'à la deuxième période de la maladie. L'obscurité qui entoure le début le rend à peu près impossible à préciser, et si, comme nous le verrons tout à l'heure, quelques symptômes généraux présentent une certaine valeur, on peut dire cependant que jamais le diagnostic de kyste hydatique du foie chez l'enfant, ne pourra être établi avec certitude avant l'apparition de la tumeur hépatique relevée par des signes physiques.

Les signes physiques varieront eux-mêmes, la chose est facile à prévoir, suivant le sens dans lequel se développe le kyste. Dans certains cas, en effet, la tumeur nais-

sant au sein du parenchyme de l'organe amène une augmentation du volume général de ce dernier, soulève même sa surface en saillies plus ou moins considérables formant des bosselures, sans que pour cela le kyste soit arrivé jusqu'à la surface même du foie. On voit alors une voussure se produire dans la région de l'hypochondre droit ; les dernières côtes s'immobilisent et se relèvent, elles sont plus écartées les unes des autres qu'à l'état normal, de sorte que l'espace intercostal est agrandi. Dans d'autres circonstances, le kyste hydatique fixé à la partie supérieure et antérieure du foie, ou bien à sa face inférieure se développe surtout vers l'abdomen envahissant l'hypochondre, le flanc ou l'épigastre. Cette variété est la plus accessible. Il forme souvent comme une tumeur plus ou moins sessile surajoutée au foie qui est lui-même augmenté de volume.

La tumeur en elle-même est lisse et régulière entraînant des douleurs spontanées plus ou moins vives ; elle est généralement indolente à la pression ; sa forme est ronde, sa consistance rénitente et Trélat insistait sur l'importance du défaut de fluctuation. A la percussion elle est mate ; sa matité se continue avec celle du foie ; ce n'est que dans des cas très exceptionnels une bande de sonorité séparant le kyste de l'organe et due à la présence du colon.

Enfin, on peut sentir le frémissement hydatique lorsqu'on ébranle la tumeur ; ce signe, que Blatin découvrit en 1813 et que Briançon étudia en 1828 a été considéré par nombre d'auteurs comme un signe pathognomonique. Malheureusement les recherches faites à ce sujet

n'ont pas confirmé cette assertion. D'une part, il constitue un symptôme très inconstant, bien qu'il soit cependant un peu plus fréquent que chez l'adulte ; d'autre part, les auteurs ne sont point d'accord pour expliquer le phénomène.

C'est ainsi que pour Cruveilhier il s'agissait là de collision entre les vésicules filles ; Tillaux partage cette opinion, il ajoute que pour avoir le frémissement, il faut que la quantité de liquide contenu dans la poche kystique soit peu considérable.

Potherat, dans sa thèse en 1889, admet aussi que sans vésicules filles il n'y a pas de frémissement. Au contraire Davaine, Boinet, Forgues, Picqué, Segond attribuent ce symptôme à l'élasticité de la membrane mise en jeu par l'ébranlement du liquide ; c'est à cette opinion que s'arrête M. Broca, et il l'a fait défendre par son élève M. Audion dans son article de la *Revue des maladies de l'enfance* (décembre 1898).

Du reste, M. Segond apporte des preuves à l'appui de sa théorie : 1° On peut déterminer le frémissement en percutant le poignet après avoir placé une vésicule fille dans la main. 2° On a perçu le frémissement dans des cas de kyste sans vésicule fille (Rollet, Société de chirurgie 1895). 3° Le frémissement hydatique n'est pas pathognomonique ; M. le professeur Potain l'aurait senti dans un cas d'ascite ; M. Segond l'a observé alors qu'il s'agissait d'un kyste du ligament large ; enfin M. Audion a pu le sentir avec un kyste du cordon opéré par M. Broca.

Il faut, d'après M. Forgues, pour que ce frémissement

existe que les parois du kyste soient suffisamment souples, quelle que soit d'ailleurs leur épaisseur.

Il faut en outre que le liquide contenu dans la poche soit fluide et que sa tension soit moyenne.

Létienne et Boinet ont insisté sur cette dernière condition. Enfin ce frémissement ne saurait exister que dans les kystes assez volumineux superficiels et sans interposition de tissu hépatique ; il semble aussi nécessaire que le kyste soit recouvert par des téguments normaux.

L'observation de ce symptôme chez l'enfant ne peut être moins exceptionnelle que chez l'adulte. Dans les six cas de M. Broca deux fois le frémissement existait, une fois avec vésicules filles, une autre fois sans vésicules filles.

Lorsque le kyste, développé sur la face convexe, évolue vers la cavité thoracique, les signes physiques se trouvent très modifiés et la tumeur est presque inaccessible, mais on aura de la matité à la percussion en arrière, matité dont la limite supérieure sera convexe en haut ; l'auscultation révélera généralement l'existence de frottements pleuraux ; les vibrations thoraciques disparaîtront et la base du thorax dilatée deviendra immobile ; enfin les côtes se rapprocheront de l'horizontale comme l'ont montré Guéneau de Mussy et Chauffard.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux consistent surtout en troubles digestifs, inappétence, nausées, flatulence, il peut y avoir des vomissements et de la diarrhée, ils sont surtout marqués dans les kystes de la face inférieure. Cinq fois sur six, M. Broca les a notés dans ses observations. Les troubles respiratoires

teils que la dyspnée légère, la toux et l'essoufflement sont plutôt le fait des kystes de la face convexe. Nous les trouvons mentionnés quatre fois dans nos six observations. Quant à la douleur, elle serait, d'après Forgues, moins fréquente que chez l'adulte. Nous l'avons cependant trouvée dans la moitié des cas. Les épistaxis ont aussi été signalées ; on en trouvera deux exemples dans nos observations. Reste deux symptômes importants : l'urticaire et l'ictère.

Plusieurs auteurs, (Debove, Achard, Dieulafoy) insistent sur la valeur de ce dernier signe. Il existait trois fois chez nos malades, mais il importe de remarquer que dans deux cas il n'apparut qu'après la rupture du kyste

Comme le fait remarquer Forgue, ce signe est trop banal chez l'enfant pour avoir la même valeur que chez l'adulte. Nous avons noté l'ictère dans deux cas, Pontou l'a observé trois fois ; c'est là un fait d'autant plus intéressant que chez l'adulte, ce signe n'existe pour ainsi dire jamais.

Evolution. — Pendant assez longtemps l'état général reste bon, puis les forces du malade diminuent, le développement s'arrête, la peau devient sèche et terreuse et si l'on n'intervient pas la mort surviendra après une phase cachectique. Pourtant, des incidents divers peuvent modifier cette marche ; ce sont d'abord les ruptures du kyste qui peuvent avoir lieu spontanément ou à l'occasion de traumatisme au bout d'un temps excessivement variable. Cette rupture peut se faire vers le thorax dans le péricarde, dans la plèvre et plus souvent encore, après adhérence pleurale, dans la lumière d'une bronche ; une

vomique en est alors le résultat. La mort, dans ces cas, peut être due à l'asphyxie, à l'hémorrhagie, à la septicémie ou à la gangrène pulmonaire. Lorsque la bile passe dans les bronches, le pronostic est fatal.

La rupture dans l'abdomen peut avoir lieu dans les voies biliaires, dans le tube digestif ou dans le péritoine. L'ouverture dans les voies biliaires n'est pas très rare ; elle peut s'accompagner de coliques hépatiques, d'ictère et devenir mortelle par infection.

Si la bile filtre dans le kyste sans qu'il y ait passage du liquide hydatique dans la vésicule, les hydatides filles meurent généralement.

La rupture dans le péritoine est très grave ; le sujet meurt d'une péritonite suraiguë si le liquide est septique, sinon l'hydatide continue à proliférer, très rarement elle se résorbe.

L'évacuation du kyste dans le tube digestif est une des plus fréquentes ; elle peut avoir lieu dans le duodénum ou dans le côlon, voire même dans l'estomac.

Letourneur (1), dans sa thèse, a montré que l'évacuation côlique est de beaucoup la plus favorable. Enfin l'ouverture peut avoir lieu au niveau des téguments ; c'est le plus souvent autour de l'ombilic qu'elle se produit, mais on peut aussi l'observer en d'autres points et dans une de nos observations, le kyste, infecté d'ailleurs et suppuré, était venu faire saillie sous les téguments d'un espace intercostal simulant de la façon la plus complète un abcès froid du thorax.

1. Letourneur. Thèse de Paris, 1873.

La suppuration du kyste est cependant rare chez l'enfant ; le plus ordinairement on en est averti par l'élévation thermique, la fréquence du pouls, les frissons et les sueurs.

Il résulte de ce que nous venons de voir que les kystes hydatiques du foie chez l'enfant sont graves. Une intervention prudemment conduite améliore cependant le pronostic et dans les six observations de M. Broca, nous n'avons à enregistrer que deux décès.

OBSERVATION I

Anna P..., enfant de 13 ans, souffrant dans le flanc droit depuis le mois de mars 1897, entre en mai dans le service de M. Comby, est reconnue atteinte d'un kyste hydatique du foie et ponctionnée. La guérison apparente se fait en quelques semaines, non sans une éruption d'urticaire survenue le soir même de l'intervention.

En mars 1898. — Les douleurs reparaissent au même point, en même temps que quelques troubles digestifs, inappétence, dégoût des graisses et de la viande, mais on n'observe pas de douleur à l'épaule droite.

En mai 1898. — L'enfant présente tous les signes d'un kyste hydatique volumineux du lobe droit du foie : voussure de la région hépatique, en avant ; augmentation de la hauteur de la matité hépatique, surtout en bas où elle descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; en dedans la tumeur n'atteint pas la ligne médiane. Fluctuation au niveau de la partie abdominale du kyste. Frémissement très nettement perçu par la percussion légère sur toute la portion de la tumeur qui

s'étend au-dessous du rebord des fausses côtes. Ce frémissement présente les caractères du frémissement hydatique.

Le 11 mai 1898. — Opération par M. Broca.

Incision de la paroi abdominale, puis du péritoine : ponction de la poche mise à nu : il vient une grande quantité de liquide claire au de roche, caractéristique, mais fréquemment le trocart est oblitéré ; on laisse donc le kyste se vider partiellement, puis protégeant la cavité péritonéale, à l'aide de compresses stérilisées, on attire le kyste au dehors de l'abdomen et on l'incise. Cette incision met en liberté une foule de vésicules filles de toutes dimensions. Marsupialisation du kyste.

Drainage, pansement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples, on raccourcit progressivement les drains, l'enfant se rétablit vite et prit même de l'embonpoint.

Le 5 juillet. — Il persiste seulement un petit trajet fistuleux dans lequel un drain est laissé en place quelque temps encore. L'enfant est considérée comme guérie. L'enfant est revue dans le service à la fin de septembre 1898. La cicatrisation est parfaite, il n'y a plus aucune trace de fistule.

OBSERVATION II

Prosper M..., âgé de neuf ans, dont les antécédents personnels et héréditaires nous sont inconnus se présente en mars 1894 chez M. Broca, à l'hôpital Trousseau. Il était porteur d'un kyste hydatique développé dans le lobe droit du foie, et saillant en avant sous la paroi abdominale.

Il est opéré le 27 mars par incision verticale le long du bord

externe du flanc droit, incision suivie de drainage, et sort guéri quelques semaines plus tard.

Le 5 avril 1898. — L'enfant est ramené à M. Broca ; il souffre de nouveau dans le flanc droit, en dehors de la cicatrice qui est d'ailleurs dure, verticale, et ne présente pas de trace d'une éventration sous-jacente.

Pas de voussure de la région hépatique, pas de troubles gastro-intestinaux.

Le 14 mai 1898. — La douleur a augmenté et l'enfant entre à l'hôpital avec les signes nets d'un kyste hydatique du lobe droit du foie, développé surtout en dehors et en arrière, et très volumineux : la douleur est surtout marquée pendant la marche, et depuis quinze jours une voussure s'est dessinée de plus en plus nette dans l'hypochondre et le flanc droits ; la base du thorax est élargie dans sa moitié droite et les dernières fausses côtes projetées en dehors.

La matité du kyste et celle du foie combinées remontent en haut jusqu'à une horizontale passant par l'appendice xiphoïde et descendant en bas jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. A gauche la matité dépasse la ligne médiane, en arrière elle atteint le bord externe du muscle carré des lombes.

Le frémissement hydatique est constaté très démonstratif en dehors de la cicatrice de la première opération, sur la partie la plus saillante du kyste, et même au niveau des derniers espaces intercostaux droits.

Bon état général, pas de troubles digestifs.

Le 9. — M. Broca fait une incision curviligne, concave en haut, le long du rebord des fausses côtes, perpendiculairement à la ligne axillaire, très en dehors par conséquent. Arrivé sur le kyste, il le ponctionne, et après avoir évacué environ un

litre de liquide eau de roche, la poche étant devenue flasque, il l'attire au dehors et la marsupialise ; par l'incision de la poche, la membrane propre, blanche, très friable, épaisse de 2 millimètres, a pu être enlevée entièrement, mais on n'a pu trouver en tout que deux vésicules filles, de petites dimensions.

Deux gros drains sont placés dans la cavité ; pansement.

Le 10. — Éruption d'urticaire.

Les suites opératoires furent normales, mais la poche a suppuré longuement, l'enfant est resté maigre et a fait longtemps des oscillations de température assez élevées.

Le 5 juillet. — Il sort, n'ayant plus qu'un petit drain de 5 centimètres.

Pansé deux fois par semaine après la sortie de l'hôpital. Entièrement cicatrisé le 24 septembre 1898.

OBSERVATION III

Louis K..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 16 janvier 1894.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant ; la mère est atteinte d'ulcère variqueux, trois frères ou sœurs du malade sont morts en bas-âge de méningite ; un autre frère jouit d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Tout jeune cet enfant eut la rougeole ; en 1891, il est entré à la salle Barrier, où on a dû lui ouvrir un abcès dans la gorge ; on s'aperçut alors qu'il présentait une teinte subictérique des conjonctives. L'examen se porte alors sur le foie et permet de constater l'existence d'un kyste hydatique dans l'hypochondre droit,

L'opération est décidée et l'enfant entre dans le service de chirurgie. En traversant la cour, il fait un faux pas et tombe à terre ; son kyste se rompt spontanément dans le péritoine ; presque aussitôt apparut une éruption d'urticaire qui dura deux jours ; on y met de la glace sur le ventre, et d'après le petit malade, une ponction pratiquée par M. Jalaguier, aurait donné issue à quatre litres et demi d'un liquide verdâtre assez épais et de mauvaise odeur. Pas de réaction thermique. Guérison apparente ; le malade ne présente aucun accident jusqu'en octobre 1892. A cette époque, il fut opéré par M. Broca, d'une appendicite suppurée.

En 1893, au mois d'octobre, M. Broca le réopéra pour une éventration ; mais, avant cette époque, l'enfant s'aperçut d'une grosseur dans l'hypochondre gauche, avec douleur vive et ponctive exagérée par la phonation et les grandes inspirations.

L'enfant ne peut courir sans être immédiatement essoufflé ; la digestion est gênée ; le malade mange fort peu et se plaint d'avoir le ventre gonflé après les repas.

Actuellement, quand on l'examine, on trouve une tumeur du volume d'une orange et siégeant dans l'hypochondre gauche ; cette tumeur est dure et rénitente, à peu près indolore, et mate à la percussion.

A la percussion la matité se continue jusqu'à la huitième côte ; on perçoit à ce niveau le frémissement hydatique. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, cette tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche et l'épigastre conserve le même caractère ; à droite le pus déborde les fausses côtes de trois travers de doigt ; on constate de la matité hépatique remontant assez haut dans le côté du thorax ; la région épigastrique est sonore partout, sauf au voisinage de l'appendice xiphoïde. On fait une ponc-

tion exploratrice ; le 15 février 1894 la laparotomie est pratiquée : incision médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic ; cette incision est prolongée au ciseau à mi-chemin entre l'anneau ombilical et le pubis ; la tuméfaction la plus inférieure ne paraît avoir aucune connexion avec le foie, mais siège dans la région et semble sous-péritonéale. Le maximum de douleur se rencontre au niveau de l'appendice ; il ne reste pas de trace de la première opération. La poche ne peut être décortiquée qu'en partie ; on la résèque incomplètement, la matité est étendue et l'on sent une masse polykystique qui tient à la face inférieure du foie ; cette masse est laborieusement décortiquée, derrière elle deux autres presque aussi volumineuses sont rétro-péritonéales ; après leur décortication, la face antérieure des vaisseaux du rein est à nu. Une autre masse, plus petite, mais également polykystique se présente ; elle est plus petite, et multiloculaire ; elle occupe le tissu rétro-péritonéal ; on la décortique également.

Ensuite on explore l'abdomen où l'on trouve plusieurs autres kystes hydatiques, en particulier du côté de l'estomac. L'opération durant une heure et quart, on fait le tamponnement à la gaze iodoformée ; suture en bourse aux épiploons ; la perte de sang avait été notable, mais non exagérée.

Plusieurs petits kystes sont enlevés de l'épiploon ; leur volume se rapproche de celui d'une noisette ; le malade meurt le lendemain soir dans le collapsus.

Autopsie. — Pas de péritonite ni d'hémorrhagie, nombreux kystes dans le foie, dans la rate ; un devant le rein gauche a adhéré à l'estomac et l'ensemble forme une masse polykystique,

OBSERVATION IV

Alfred C..., âgé de 11 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 12 novembre 1895 pour une tuméfaction qu'il porte au côté droit dans la région postéro-latérale inférieure du thorax.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère du petit malade sont bien portants ; deux de leurs enfants sont morts de méningite : les sept autres sont bien portants, sauf notre malade qui est l'avant-dernier.

Antécédents personnels. — Né à terme et nourri au sein, Alfred C... n'a eu que la rougeole et quelques bronchites.

Maladie actuelle. — Depuis les deux mois précédents, le malade a un peu perdu l'appétit, sa mère dit qu'il a du dégoût pour les aliments gras ; l'enfant est somnolent ; il ne joue plus, il a perdu sa gaité ; il n'a jamais présenté d'urticaire ni de diarrhée, mais il a présenté un léger ictère passager ; de plus, dans ces derniers temps, ses parents ont remarqué que l'enfant était assez vite essoufflé, qu'il monte difficilement l'escalier ; il a une toux sèche et quinteuse sans expectoration ; il y a seulement quatre jours que la mère s'est aperçue, par hasard, d'une tumeur dont l'enfant ne s'était jamais plaint ; elle siège au niveau des neuvième, dixième et onzième espaces intercostaux sur le prolongement vertical de l'angle de l'omoplate ; son volume est voisin de celui d'une orange ; la tumeur soulève la peau restée saine et non adhérente. Au palper on a de la fluctuation très nette, on remarque en outre que cette grosseur, peu mobile sur le plan profond, est mate et absolument irréductible.

Le 12 novembre. — M. Broca, après avoir examiné le malade,

confie l'intervention à M. R. Petit, interne du service. Le diagnostic était : abcès froid costal.

Incision de la peau et de la couche musculaire superficielle ; on tombe sur une collection purulente qui ne présente pas de poche enkystante bien nette ; en certains points les tissus sont infiltrés et épaissis ; on recueille du pus. Pendant que le liquide s'écoule, on remarque deux petites vésicules transparentes accolées et des débris de membrane blanchâtre. Le diagnostic de kyste hydatique est aussitôt porté.

Les côtes ne sont pas dénudées, mais le neuvième espace est perforé et le doigt introduit dans l'orifice permet de reconnaître qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie ; ce kyste, infecté et suppuré, avait rompu sa membrane enkystante et était devenu sous-cutané au niveau de l'espace intercostal. Un lambeau de membrane se présente dans la plaie ; en y appliquant avec une pince une légère traction, on retire d'un seul bloc toute la paroi du kyste ; pas de lavage. Un gros drain est laissé dans la plaie diminuée d'étendue par quelques points de suture, tamponnement à la gaze iodoformée.

Aucun incident ne survint après l'opération. Au bout d'un mois le drain put être retiré.

Le 29 décembre. — La cicatrisation était complètement terminée et le petit malade quitta l'hôpital en très bon état, le 2 janvier 1896, sans avoir présenté d'élévation thermique notable.

Depuis cette époque, le Dr Broca a eu plusieurs fois l'occasion de revoir le malade en bonne santé ; nous l'avons réexaminé nous-même en juillet 1898 ; la guérison s'est maintenue.

D'après les renseignements fournis par la mère, cet enfant n'aurait jamais été en contact avec des animaux,

OBSERVATION. V (personnelle).

Henri O.... 14 ans, entre à l'hôpital Trousseau dans le service du professeur Lannelongue, M. Broca assistant, le 15 septembre 1898, pour un kyste hydatique du foie.

Antécédents héréditaires. — Les parents du malade sont bien portants. Ils ont eu sept enfants dont deux sont morts ; l'un aurait succombé à l'âge de 15 jours d'une méningite ; l'autre, accouché au forceps, serait mort dès sa naissance. Des cinq enfants survivants, quatre jouissent d'une bonne santé, notre petit malade est le cinquième.

Antécédents personnels. — Cet enfant a marché à 17 mois, plus tard il eut la varicelle à 2 ans et demi, et la rougeole à 4 ans. Il s'est bien porté ensuite jusqu'à l'âge de 12 ans et demi, et cependant dès ce moment il avait déjà quelques épistaxis de temps à autre ; à 12 ans et demi, il commença à se plaindre du côté droit de l'abdomen ; à cette époque on ne constatait aucune tumeur dans la région hépatique, il y avait seulement des douleurs spontanées fortement exaspérées par la pression et en même temps de l'essoufflement facile, des étouffements à la moindre occasion (fatigue, même légère) ; même dans l'acte de monter les escaliers, le petit malade souffrait beaucoup ; de temps en temps il accusait des douleurs dans l'épaule droite, de la diarrhée abondante et très tenace. Jamais il n'y a eu d'urticaire et l'appétit s'est toujours conservé.

Au mois de mai 1898, la mère a constaté l'existence d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen au niveau du foie. A ce moment, l'appétit a beaucoup diminué, l'enfant est devenu

bien plus difficile pour les aliments ; il ne peut plus supporter les substances grasses, il mange un peu de viande et des légumes ; il présente une toux rauque et sèche qui survient d'une façon brusque, cette toux est exaspérée par la marche ; il n'y a pas d'expectoration.

Les vomissements apparaissent et se répètent à n'importe quel moment de la journée ; la diarrhée s'accroît. A treize ans, l'enfant aurait eu une pneumonie pour laquelle il aurait été traité par un médecin ; celui-ci aurait constaté au cours de sa consultation la présence de la tumeur hépatique ; il aurait aussi révélé l'existence de bruits anormaux à l'auscultation du cœur, et, au dire de la mère, le médecin aurait parlé d'une hypertrophie. La douleur du côté droit s'accroît principalement pendant la station verticale.

Il y a huit jours, la toux et les vomissements se sont exagérés, l'enfant accusait une lassitude générale très grande ; on le conduisit à l'hôpital Trousseau le 11 septembre, où il fut admis dans la salle Barrier, pour y être mis en observation. Il avait eu de la fièvre et des épistaxis. Le 15 septembre, il passe à la salle Legendre dans le service de M. Broca où l'on constate les symptômes suivants :

A l'inspection, on observe une voussure énorme comprenant la partie inférieure du thorax du côté droit et l'hypochondre droit s'arrêtant au niveau du flanc. La percussion, à ce niveau, dénote de la matité sur une étendue de quatre travers de doigt dans le sens vertical mais qui, dans le sens transversal, ne semble pas dépasser la ligne médiane. Cette matité est plus étendue au niveau de la ligne mamelonnaire et de la ligne axillaire ; vers le milieu elle va de la base de l'appendice xiphoïde jusqu'à un peu au-dessus de l'ombilic,

Le frémissement hydatique, soigneusement recherché ne put être senti à aucun moment.

A l'auscultation du cœur, on entend un souffle d'insuffisance mitrale net; l'oreille appliquée sur le thorax perçoit quelques râles à la base du poumon droit ainsi que des frottements pleuraux : le murmure vésiculaire est notablement diminué dans la région.

Le 17 septembre 1898. — M. le docteur Broca réalise l'opération suivante :

Une incision est faite au niveau de la ligne axillaire sous le rebord costal ; en avant de cette ligne axillaire, on entre d'emblée dans le péritoine ; le foie se trouve refoulé en bas et en arrière et l'on sent des adhérences qui le fixent à la paroi abdominale. L'incision péritonéale est alors fermée, tandis que l'incision cutanée est prolongée en arrière ; la poche kystique apparaît alors et on peut l'ouvrir sans entrer dans la cavité péritonéale ; cette incision donne issue à une notable quantité de liquide clair tandis qu'une grosse vésicule hydatide apparaît entre ses lèvres.

Sutures en étages et drainage.

Le 19 septembre. — Le premier pansement est fait, tout est imbibé et traversé par le liquide ; second pansement le 21 septembre, fortement imprégné de liquide. A partir de ce moment, les pansements sont renouvelés tous les trois ou quatre jours ; il y a un écoulement de liquide glaireux et légèrement purulent.

Le 17 octobre. — La poche a notablement diminué de profondeur ; on supprime l'un des deux drains.

Le 19 octobre. — L'écoulement est peu abondant ; on raccourcit peu à peu le drain qui est resté en place.

Le 15 novembre. — L'exploration de la poche à l'aide d'un stylet montre qu'elle a encore une profondeur de 7 à 8 centimètres environ ; le pansement est presque intact, à peine souillé ; l'enfant quitte l'hôpital, guéri, le 17 novembre, toutefois il a encore un pansement.

Quelques jours après, le petit malade recommence à tousser ; il a des crises d'étouffement et ses parents le ramènent à l'hôpital Trousseau. Il est admis de nouveau dans un service de médecine le 24 novembre ; il y succombe deux jours après. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VI (personnelle).

Jacques Pr..., âgé de 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau, dans le service du professeur Lannelongue, M. Broca assistant.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de cet enfant sont bien portants. Quatre enfants sont morts en bas-âge sans que nous ayons pu obtenir de renseignement sur leurs maladies ; cinq autres sont vivants, quatre d'entre eux jouissent d'une bonne santé ; le cinquième est notre petit malade.

Antécédents personnels. — L'enfant a eu la rougeole vers l'âge de 7 à 8 mois ; il a toujours été chétif et malingre, mangeant peu.

Vers le mois de juin 1894, il s'est plaint pour la première fois de ressentir une gêne à l'épigastre : il n'y avait pas de douleur bien caractérisée et la durée de ce malaise fut très courte (24 heures environ). Au mois de juillet, la même année, le malade présenta pendant 8 ou 9 jours de l'œdème des bras et du tronc sans aucune infiltration des membres inférieurs, la peau pre-

nait en même temps une teinte violacée. Le médecin consulté à cette époque ne put pas poser de diagnostic précis.

C'est au commencement du mois de septembre, en habillant l'enfant, que la mère s'aperçut de l'existence d'une tumeur au niveau de l'épigastre. Un médecin appelé à cette époque auprès du petit malade aurait porté le diagnostic de hernie épigastrique ; l'enfant est conduit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis d'où on le dirige immédiatement sur l'hôpital Trousseau.

Ce malade ne souffrait pas habituellement ; il ne se plaignait jamais. Bien qu'il ne se nourrit que médiocrement, ses fonctions digestives étaient à peu près normales.

Etat actuel. — Le 18 septembre 1894 l'enfant se présente pâle et amaigri. Localement, on constate à l'inspection qu'il existe dans la région épigastrique, exactement sur la ligne médiane à un travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde une tumeur formant une saillie oblongue à grand axe transversal. On voit en outre une légère voussure dans la partie interne de l'hypochondre droit le long du rebord costal. Si l'on palpe superficiellement la région, on constate une saillie de surface lisse régulièrement arrondie et qui vient s'implanter par une base très large sur une tumeur profonde ; celle-ci est lisse également et s'étend dans toute la région épigastrique depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Dans le sens transversal elle occupe à peu près l'espace compris entre le bord externe des deux muscles grands droits de l'abdomen. Reposant sur ce plan profond, la petite tumeur, saillante, se prolonge à droite en s'effilant, limitée par un sillon très net.

La tumeur profonde se trouve délimitée sur son pourtour par un rebord tranchant, arrondi et régulier, analogue au bord

tranchant normal du foie et dont les dimensions sont celles que nous avons indiquées plus haut. Lorsqu'on soulève ce plan profond par son rebord tranchant, ce qui est d'ailleurs très facile, on sent nettement en arrière de lui, à la face profonde de la lame soulevée, une seconde tumeur arrondie analogue à la première, mais plus grosse. Elle est également lisse et régulière, mais elle se continue en arrière et à gauche vers l'hypochondre avec une masse moins bien délimitée se perdant sous les fausses côtes gauches. Les mouvements respiratoires exagérés mobilisent très nettement la masse tout entière qui s'élève pendant l'expiration et descend pendant l'inspiration ; du reste, pendant ce dernier temps, les doigts placés sur le bord tranchant sentent mieux et plus complètement les masses profondes. Au-dessous de cette bosselure, en déprimant fortement, on en sent quelques autres à peu près du même volume, le tout est environ gros comme le poing. Le lobe entier, avec ses saillies, est mobile sur les plans profonds. La palpation ne dénote rien de plus dans l'hypochondre droit.

A la percussion on trouve de la matité absolue dans les limites données par le palper.

Inférieurement, la matité hépatique ne déborde pas les fausses côtes, mais elle remonte sur la ligne mamelonnaire, sur la huitième côte et sur la ligne axillaire jusqu'à la neuvième.

La tumeur, saillante, est tendue, dépressible, élastique, mais non fluctuante. Le plan profond est résistant, ferme, lisse et glissant comme la surface normale du foie.

Rien dans le flanc droit. Pas d'ascite.

On porte le diagnostic de kyste hydatique du foie.

L'opération est pratiquée au mois de septembre par M. le Dr Broca.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On voit apparaître aussitôt le lobe gauche du foie rempli par quatre ou cinq tumeurs arrondies grosses comme des pommes d'api, blanches et opaques, elles ressemblent beaucoup à des masses de cancer secondaire du foie. Le lobe gauche de l'organe est attiré au dehors et isolé avec des compresses. Un coup de bistouri donné dans une des nodosités donne issue à du liquide hydatique. Incision de trois kystes à la face inférieure du foie près du bord tranchant ; une membrane hydatique dépourvue de vésicules filles fait issue au dehors ; la membrane adventice est excisée aux ciseaux courbes. Un autre kyste est extirpé de la face convexe du foie sans être ouvert ; cela fait, on suture le foie sur une longueur de 7 centimètres. Il reste encore un kyste assez volumineux dans le lobe droit, mais l'intervention qui avait déjà été longue n'est pas poussée plus loin. Suture à la paroi et tamponnement iodoformé de la cavité de la face inférieure du foie limitée en bas par l'épiploon. Mort le 24 septembre 1894.

Autopsie (1). — La désunion des sutures de la plaie et du foie montre un commencement de réunion immédiate. La portion hépatique laissée hors de la plaie est noire et diminuée de volume ; la cavité a bon aspect, elle contient à peine quelques grammes de sérosité sanguine. Epiploon sain ; aucune trace d'adhérences intestinales ni de péritonite. La bile teinte légèrement les organes voisins de la vésicule ; celle-ci est hypertrophiée et un kyste volumineux existe au niveau de son col ; la

1. Nous ne ferons que résumer le résultat de l'autopsie publiée par M. Mayet interne des hôpitaux à la société anatomique, 1895.

face inférieure du foie présente trois poches kystiques dont le volume varie d'un gros œuf à une mandarine ; leur paroi est mince et leur tension minime. A la face supérieure du foie il y a un autre kyste moins superficiel. L'abdomen est sain, mais le petit bassin contient un peu de sérosité purulente prouvant l'infection générale mortelle. A l'ouverture du thorax on trouve le cœur quadrilatère, déformé par une poche kystique développée à son extrémité inférieure. Une autre poche plus volumineuse (volume d'une orange) siégeait à la base du ventricule gauche et refoulait le poumon. Aucune lésion par ailleurs.

OBSERVATION VII (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr G. Marchant.

Jeune fille de 9 ans, service du professeur Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, suppléé par le M. le Dr G. Marchant. 9 octobre 1888.

La santé de cette enfant a toujours été excellente.

En 1886, elle a été opérée par la laparotomie d'un kyste hydatique du foie, venant faire saillie sous le rebord costal droit. Le kyste a été ouvert et suturé aux lèvres de l'incision de la paroi. Les renseignements à ce sujet ne sont pas très précis. Toujours est-il qu'il y eut une rapide guérison, et qu'il ne reste aujourd'hui en ce point qu'une cicatrice assez large au niveau de laquelle la paroi abdominale a perdu un peu de sa résistance.

Au moment où elle entre à l'hôpital Trousseau, on constate l'existence d'une tumeur qui serait apparue quelques mois après l'ablation de la première. Cette tumeur siége au niveau

de la paroi abdominale antérieure, à droite de la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessous du bord inférieur du thorax. Son développement a été lent, accompagné seulement de quelques picotements, de quelques douleurs insignifiantes.

Cette tumeur est régulière, arrondie, non bosselée; son volume égale celui d'un œuf de poule; la peau qui la recouvre est normale; la pression sur la tumeur est parfaitement supportée; elle est rénitente; la percussion donne un son mat; il n'y a pas de frémissement hydatique; le foie paraît volumineux; la mensuration faite au niveau de la base du thorax donne pour la moitié droite 51 centimètres, et 49 pour la moitié gauche.

Les fonctions digestives sont normales; l'état général est bon.

Un fait particulier et qui pourrait faire penser que le kyste était en partie au moins inclus dans la paroi, c'est que la contraction des muscles droits ne faisait pas disparaître la grosseur. Cependant l'histoire antérieure jointe aux phénomènes objectifs devait conduire M. le Dr Marchant au diagnostic de kyste hydatique du foie, et c'est à cette opinion qu'il s'arrêta.

L'incision de la paroi abdominale faite parallèlement au rebord costal, conduisit ce chirurgien, après qu'il eût sectionné le muscle grand droit, mais sans ouvrir le péritoine sur une tumeur qu'il ponctionna d'abord, ce qui lui donna un liquide eau de roche, puis il ouvrit, évacua totalement et sutura à la paroi. Pansement à la gaze iodoformée. Pas de suppuration. Guérison rapide pendant laquelle on vit la paroi se parcheminer et s'exfolier. L'opération avait été faite le 13 octobre. Le 15 décembre, l'enfant était guérie.

OBSERVATION VIII (Résumée).

Par MM. Landouzy et P. Segond (Soc. de chir., 6 avril 1887).
Kyste hydatique de la face convexe du foie, traité et guéri par
l'ouverture large avec excision partielle de ses parois.

Jeune homme de 15 ans, entre le 28 juillet 1885 dans le service de M. le professeur Trélat, suppléé par le Dr Segond ; il se plaint d'un *gonflement douloureux* du foie siégeant au niveau du foie et déterminant une gêne respiratoire sérieuse. Sans avoir jamais été malade, il est chétif. C'est depuis 3 mois environ qu'il s'est aperçu du gonflement de la région hépatique, peu à peu est venue l'oppression ; il y a 3 semaines, il a, dit-il, craché des petites peaux ressemblant à des grains de raisin sucés. L'examen de la région hépatique confirme le diagnostic de kyste hydatique que faisait soupçonner ce détail. Le bord antérieur du foie se laissait percevoir dans le flanc droit, à deux travers de doigt environ au-dessous du niveau de l'ombilic, on le suivait par la palpation jusqu'à celui-ci. Au-delà, les sensations devenaient moins nettes ; la zone sus-ombilicale était mate d'un flanc à l'autre. La région formait une voussure large comme la main, nettement constituée par une collection liquide. Pas de frémissement hydatique, mais des frottements de péritonite localisée et sèche.

Rien dans les autres viscères.

15 jours après son entrée le malade est pris d'oppression extrême, puis survient une vomique abondante dans laquelle il rejette les « mêmes grains de raisin sucés », une éruption d'urticaire de toute la partie antérieure du thorax et de l'abdomen accompagne cet accident ; en même temps la poche s'est nota-

blement affaissée; donc la communication avec les voies aériennes n'est pas douteuse, accidents fébriles, l'état général s'aggrave, anorexie, soif vive, puis la tension de la poche reparait, le kyste suppure à n'en pas douter; l'intervention devient urgente. Le 29 août M. le Dr Segond se décide pour l'action chirurgicale.

Opération. — Incision de 15 à 20 centimètres à 2 travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes droites et parallèle à ce rebord, sur le point culminant de la tumeur, division des muscles, hémostase, section du péritoine pariétal dans toute l'étendue de l'incision. On aperçoit alors nettement le foie avec sa coloration normale. Péritoine viscéral, dépoli, rattaché par quelques filaments peu résistants au feuillet pariétal, On ne voit pas le kyste, mais la rénitence spéciale de la face antérieure nous fait espérer que la poche est peu éloignée. Ponction aspiratrice, une palette de sérosité louche; on peut alors plisser le foie, et le saisir avec une pince à kyste, ce qui a l'avantage de le fixer pendant les mouvements respiratoires. L'opérateur fixe alors le kyste à l'aide de 2 fils qui transpercent la poche aux deux angles de la plaie. A ce moment on protège le pourtour de la plaie avec des éponges, puis M. Segond incise avec le bistouri une lame de tissu hépatique épaissie de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. L'hémorrhagie est facilement arrêtée par la compression avec des éponges. On évacue alors une pleine cuvette de vésicules hydatiques baignant dans un liquide séro-purulent, puis il coule du liquide non purulent et contenant beaucoup de bile.

Le chirurgien constate alors que les parties déclives du kyste descendent au-dessous de la plaie abdominale et forment un cul-de-sac, favorable à la stagnation des liquides; pour éviter

cette stagnation, il attire au dehors les parois kystiques et le tissu hépatique qui les recouvre, puis il en résèque une quantité égale à l'étendue des deux mains, alors la plaie abdominale répond à la partie la plus déclive du kyste dont les dimensions restent suffisantes pour que la main étendue y pénétre tout entière.

Pour terminer l'opération M. Segond fixe solidement la paroi abdominale, les lèvres de l'incision hépatique par une couronne de sutures assez rapprochées. Chaque fil comprend la paroi abdominale, le feuillet pariétal du péritoine et la paroi kystique. Lavage soigneux avec une solution faible d'acide phénique. Quatre grains assez gros plongent dans la cavité.

Gaze iodoformée, coton hydrophile, bandage corps. On n'a pu ni voir, ni toucher l'orifice de communication avec les voies aériennes.

Résultat. — Tout va bien d'abord, les fils sont enlevés le 10^e jour ; les adhérences étaient très solides. De 40^e la température était rapidement tombée à 38°, puis elle atteignait 37° le 20 septembre. Pendant six semaines il y eut abondant écoulement de bile, décoloration des fèces. Au bout de six semaines il diminua, mais persista jusqu'en janvier. Un érysipèle intercurrent aggrave un instant la situation avec des troubles pulmonaires, mais les choses s'arrangent ; une fistule persiste assez longtemps, finalement la guérison est définitive.

M. Segond a revu ce malade à la fin de janvier 1889, il était complètement guéri.

OBSERVATION IX (inédite).

M. le D^r Peyrot. Th. Demars, p. 84.

Enfant de 7 ans, chétif, tient à peine sur ses jambes tant il est débilité. Kyste hydatique datant d'environ 4 ans, saillant sous le bord costal ; le foie est d'abord suturé aux lèvres de la plaie puis traversé dans une épaisseur de 6 à 7 millimètres au bistouri. Pas d'hémorrhagie sérieuse. Ouverture de la poche ; pas de vésicules secondaires. Lavage antiseptique ; pansement salolé. Après quelques accidents de rétention ; l'amélioration devient manifeste ; et après trois mois de l'intervention il peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION X

(Teale Leads and West Riding medico-chirurgical society, 13 janvier 1883. Brit. med. Journ. 3 févr. 1883).

Jeune garçon, 14 ans ; kyste hydatique du foie, ponctionné 4 fois avec aspiration. Suppuré.

La tumeur est située au-dessous du bord costal. Incision de quatre centimètres environ ; arrive sur la tumeur, trouve quelques adhérences, passe un fil pour fixer la tumeur, puis l'incise largement. Drainage. Guérison.

DIAGNOSTIC

D'après ce que nous avons vu des symptômes et de la marche des kystes hydatiques chez l'enfant, on comprend que le diagnostic soit difficile ; toutefois cela dépend encore de la période à laquelle on examine le malade. A la première période, avant l'apparition de la tumeur, aucun signe certain ne peut permettre d'en affirmer l'existence ; l'attention pourra sans doute être éveillée par les sensations de gêne et de malaise que le malade accuse soit dans l'hypochondre droit, soit à l'épigastre avec ou sans irradiation nette vers l'épaule. On doit immédiatement penser à une affection hépatique ; il est difficile de préciser davantage, cependant on pourra se baser sur l'absence de fièvre, la faible intensité des douleurs pour distinguer les kystes hydatiques des autres affections du foie ; quelques autres symptômes, comme l'ictère dont l'absence aide au diagnostic chez l'adulte n'ont plus, chez l'enfant, la même signification puisqu'ils peuvent faire partie des symptômes. Quant aux troubles digestifs ils existent d'une façon assez nette, mais ils ne sont pas suffisamment intenses pour conduire au diagnostic d'une maladie de l'estomac, de l'intestin, du péritoine.

A la seconde période, l'apparition de la tumeur facilite singulièrement le diagnostic sans que pourtant l'on soit à

l'abri des erreurs. Tout d'abord le siège de la tumeur, son indolence lorsqu'on l'examine, sa dureté, sa résistance élastique, parfois même sa fluctuation, indiquent qu'il s'agit d'une collection liquide ; mais, comme la peau est absolument saine sur la tumeur, comme cette tumeur elle-même s'est développée lentement sans altérer profondément l'état général du malade, comme enfin les phénomènes fébriles et inflammatoires font défaut, c'est à l'existence d'un kyste que l'on sera porté à conclure. Mais s'agit-il d'un kyste simple, d'un kyste séreux comme Hawkins a prouvé qu'on pouvait en rencontrer au moins chez l'adulte ; ici la difficulté devient très grande à moins que l'on ne perçoive le frémissement hydatique ; c'est là l'opinion de bien des auteurs.

Mais nous avons vu cependant que le frémissement hydatique est une espèce de vibration oscillatoire qui peut exister dans des kystes non hydatiques ; sans doute, le fait est très rare, mais on l'a néanmoins constaté. Sans accorder une valeur absolue à ce symptôme il faut, lorsqu'il existe, en tenir le plus grand compte, car il est relativement fréquent surtout chez l'enfant, dans le kyste hydatique, et rare dans les autres variétés ; du reste, les kystes simples sont extrêmement rares chez l'adulte, et ils sont exceptionnels chez l'enfant. Pontou, dans sa thèse, dit n'en n'avoir pu trouver un seul fait authentique. Enfin, on devra toujours tenir compte de l'existence d'une teinte subictérique chez l'enfant, ou d'éruptions d'urticaire plus ou moins répétées. Ces signes sont de bons indices mais ils n'ont rien de pathognomonique eux non plus. Ainsi nous avons vu opérer à l'hôpital Necker un adulte que

L'on supposait atteint de kyste hydatique du foie ; l'organe était très augmenté de volume, il n'y avait ni fièvre ni ictère, les troubles digestifs étaient peu accusés, mais le malade avait eu plusieurs poussées d'urticaire très intenses, nous vîmes même la dernière ; or l'opération démontra qu'il s'agissait d'une hypertrophie, car les ponctions faites après incision de la paroi abdominale ne permirent de trouver de collection nulle part. L'ait non moins curieux, l'intervention a guéri le malade.

D'autres moyens existent encore pour assurer le diagnostic dans les cas difficiles, c'est de faire une ponction exploratrice ; cette ponction donnerait issue en cas de kyste à un liquide clair comme de l'eau de roche dans lequel l'examen pourrait décèler des lambeaux de vésicules ou des crochets d'échinocoque, en tout cas les caractères chimiques du liquide qui ne renferme pas d'albumine et ne précipite ni par la chaleur ni par l'acide nitrique assureraient le diagnostic.

Mais cette ponction est-elle absolument inoffensive ? De temps en temps on trouve bien quelques observations où elle a pu être faite sans danger, d'autres mêmes où la ponction évacuatrice a terminé par la guérison, mais à côté de ces observations, d'autres, chaque jour plus nombreuses, montrent que la ponction même simplement exploratrice peut être inefficace, qu'elle peut déterminer la rupture du kyste avec accidents graves et parfois mortels ; enfin qu'elle peut déterminer la mort immédiate comme l'a montré M. Chauffard. C'est donc un moyen qu'il faut abandonner complètement.

Lorsque le kyste hydatique s'est développé en plein

parenchyme sans arriver jusqu'à la surface du foie, on pourrait, en constatant la voussure de ce côté, l'élargissement des espaces intercostaux, songer à ces « gros foies » que l'on rencontre si souvent chez l'enfant et qui sont liés soit à la syphilis héréditaire, soit à des infections intestinales, mais il y a en même temps de l'ictère persistant, de la gastro-entérite, de la dilatation de l'estomac et d'autre part, autant ces gros foies sont communs chez les enfants, autant cette forme du kyste hydatique est rare chez eux. Au surplus, l'hypertrophie du foie par catarrhe et infection de la muqueuse intestinale et des voies biliaires est fugace ; c'est ce que M. Forgues appelle les « foies accordéons ». Le kyste hydatique lui n'est point sujet à de telles variations de volume et dès lors le diagnostic devient possible à faire.

Lorsque le kyste hydatique, se développant vers la face convexe du foie, tend à évoluer vers le thorax, d'autres diagnostics vont se présenter à l'esprit du clinicien.

En effet la tumeur est dissimulée par le thorax ; on ne peut arriver à l'explorer directement. La confusion avec un épanchement pleural a été maintes fois faite. Dans les deux cas, la base du thorax est dilatée et immobile. Si l'on percute en arrière on trouve une zone plus ou moins étendue de matité complète. Forgues cite un cas de Gooch dans lequel le poumon était réduit au tiers de son volume normal. Comme dans la pleurésie dans ces formes de kystes les vibrations thoraciques sont abolies ou au moins très diminuées et si l'on ausculte on ne perçoit plus le bruit du murmure vésiculaire. Cependant le diagnostic peut se faire par les moyens que voici. Damoiseau a

montré que la limite supérieure de la matité pleurétique décrit une courbe parabolique dont la concavité regarde en haut et dont l'axe vertical est sur la ligne des angles postérieurs des côtes. Dans le kyste hydatique la matité est limitée supérieurement par une courbe à convexité supérieure et dont l'axe vertical passe par la ligne axillaire. D'autre part Guéneau de Mussy et Chauffard ont montré que les côtes ont tendance à se redresser en s'éloignant les unes des autres, dans le kyste hydatique, au lieu que dans la pleurésie, l'obliquité de ces arcs osseux s'accroît et ils se rapprochent les uns des autres. Enfin l'auscultation elle-même peut donner des renseignements utiles. Dans les cas de pleurésie, on ne perçoit aucun bruit, vésiculaire ou autre au niveau de la zone de matité tandis que dans les affections hépatiques, dans les kystes par exemple, on entend généralement des bruits de frottement qui dénotent d'une façon certaine que la plèvre n'est pas envahie par un liquide. Un autre diagnostic beaucoup plus difficile à différencier est celui d'un kyste hydatique de la plèvre ; il faudra s'appuyer sur l'absence des troubles digestifs et sur l'absence des phénomènes hépatiques, ictère, urticaire, etc., mais on comprend que dans bien des cas le diagnostic peut rester suspendu.

Il est encore un diagnostic sur lequel nous tenons à attirer l'attention ; il a été en effet la cause d'une erreur dans une des observations de l'hôpital Trousseau que nous rapportons ici ; nous voulons parler des abcès froids costaux. En effet, dans cette observation dont nous avons relaté plus haut les détails, le diagnostic qui fut porté était : abcès froid thoracique développé au niveau du neuvième

espace intercostal droit, un peu en arrière de la ligne axillaire. L'origine de cet abcès semblait être une lésion tuberculeuse de la neuvième côte au niveau de laquelle la pression était douloureuse.

L'aspect de la tumeur, sa forme arrondie ou légèrement ovalaire allongée suivant l'axe costal semblait en rapport avec un abcès froid de la région, et cependant l'opération vint montrer qu'il s'agissait là d'un kyste hydatique du foie infecté et suppuré dont la poche s'était rompue. Le liquide, devenu purulent, avait envahi de proche en proche vers la périphérie, en suivant les insertions correspondantes du diaphragme, de telle sorte que la collection avait fini par se manifester en une saillie au niveau de l'espace intercostal. Dans ce cas une ponction exploratrice n'aurait peut-être pas été suffisante pour redresser le diagnostic ; mais à l'incision, on vit au milieu du pus qui s'écoulait, sortir des débris de membranes hydatides bien caractéristiques. D'ailleurs, le reste de la poche ayant été retrouvé se détacha complètement et put être totalement enlevé sans accident.

La modification apportée au diagnostic au cours de l'opération devait naturellement faire changer le traitement ; du reste, le doigt introduit par l'incision permit bien de se rendre compte que ce kyste était sous-diaphragmatique et développé aux dépens du foie. On ne fit naturellement pas de résection costale. La poche hydatique fut enlevée tout entière parce qu'elle venait pour ainsi dire, d'elle-même, on ne fit pas de lavage, et avec le drainage simple, la guérison fut obtenue sans incident.

Dans de tels cas le diagnostic est évidemment très

difficile ; la tuméfaction, par son siège et son aspect, fait naturellement penser à l'abcès froid costal d'autant plus qu'au niveau d'un kyste suppuré il existe un peu de sensibilité à la pression. Enfin, autant les abcès thoraciques sont fréquents, autant un kyste hydatique du foie dans de telles conditions est rare.

Le malade avait un peu de toux sèche, sans expectoration ; lorsqu'il montait des escaliers, il avait de l'essoufflement, ce qui pouvait faire penser à un certain degré de retentissement pleural.

En pareille circonstance, comment pourrait-on établir le diagnostic ; l'auscultation ne saurait renseigner ; chez notre petit malade, on n'entendait aucun bruit pathologique, et d'ailleurs le retentissement pleural se manifestant par des frottements de pleurésie sèche, ou par un léger épanchement pourrait tout aussi bien être le fait d'un abcès froid thoracique que d'un kyste hydatique du foie.

Il faudrait donc se baser surtout, d'abord sur les antécédents du malade ; la perte d'appétit, le dégoût des aliments gras, les phénomènes inflammatoires qui peuvent être aigus ou subaigus éloigneront le diagnostic d'abcès froid ; les poussées d'urticaire feront penser aux kystes hydatiques, mais elles sont, chez l'enfant, bien inconstantes, de même que les autres troubles hépatiques.

L'ictère, au contraire, est un bon symptôme ; sans exister dans tous les cas, il est assez fréquent chez les enfants ; et enfin, l'exploration minutieuse des côtes limitant l'espace considéré, la pression soit au niveau du point malade, soit au niveau des deux extrémités de la

côte ne donneront pas une douleur précise et limitée en un point du squelette, comme on l'observe dans le cas de tuberculose osseuse. La ponction exploratrice faite aseptiquement avec une seringue de Pravaz est une précieuse ressource lorsque le kyste n'est pas suppuré, car elle donnera un liquide limpide et clair comme de l'eau de roche ; mais dans le cas contraire, elle ne saurait être d'aucune utilité, car elle fournit du pus dans l'une ou l'autre hypothèse, et le calibre de l'aiguille ne permet pas l'issue d'un fragment de membrane hydatide.

Le doute est donc permis, et tout ce que l'on peut dire, c'est qu'en présence d'un abcès thoracique inférieur droit, on songera plus volontiers à l'abcès froid costal fréquent ; mais on devra faire des réserves en raison de la possibilité d'un kyste hydatique du foie.

L'opération sera d'ailleurs la même dans un premier temps, et l'incision étant faite, il sera facile de voir s'il existe un point osseux malade ou une poche purulente avec débris de membranes hydatides.

D'après cela, on pourrait ainsi faire le diagnostic avec un lipôme ou un lymphangiome kystique. Mais outre que la consistance n'est point la même, on remarquera l'absence complète de phénomènes inflammatoires et de douleurs.

Si au contraire le kyste hydatique se développe à la face inférieure ou la partie antérieure comme c'est le cas le plus fréquent, le diagnostic pourra encore présenter des causes d'erreur. On pourra penser au cancer du foie, au sarcome.

Dans l'une de nos observations, une fois la laparotomie

faite, les tumeurs multiples du foie ressemblaient à des sarcomes et cependant leur incision montra que c'étaient des kystes hydatiques, mais ce diagnostic ne prêterait guère à l'erreur car le cancer du foie est absolument exceptionnel chez les enfants ; du reste son évolution est plus rapide et plus grave.

Il se peut encore qu'une ou plusieurs gomme caséuses se développant dans le gros foie dur des enfants syphilitiques puisse en imposer pour un kyste ; mais, comme le fait justement remarquer Forgues, l'âge auquel cette lésion présente son maximum de fréquence coïncide avec celui où les kystes hydatiques sont le plus rares, et du reste, la marche rapide des symptômes, leur extrême gravité conduiraient à songer à la syphilis et l'amélioration très rapide par le traitement spécifique léverait facilement les doutes.

Quant aux kystes qui tiennent à la face inférieure du foie, il ne faut pas les confondre avec les tumeurs abdominales kystiques ou non ; le fait que la matité de la tumeur se continue avec celle du foie ordinairement sans interposition de bande sonore et que la tumeur suit les mouvements du foie dans la respiration, suffira à faire porter le diagnostic. Du reste, bien des affections abdominales sont tellement rares chez l'enfant, elles ne prêtent guère à confusion, qu'elles sont par exemple les cholécystites avec hydropisie de la vésicule, les kystes de l'ovaire, l'abcès dysentérique, etc... Parfois, il faudrait pourtant songer à la possibilité d'un kyste du mésentère ou d'un abcès par congestion : il suffit de s'en souvenir.

Lorsque les différentes affections laisseront le dia-

gnostic hésitant, c'est à notre avis à la laparotomie exploratrice et non pas à la ponction qu'il faudra demander d'assurer le diagnostic. Nous aurons du reste à y revenir, dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes hydatiques du foie en général a soulevé de grandes discussions entre les médecins et les chirurgiens et entre les chirurgiens eux-mêmes. Les premiers se sont longtemps déclarés partisans de la ponction simple ou avec injection de liquide parasiticide ; mais les faits ont prouvé qu'elle ne saurait être que très exceptionnellement curative. L'iode, la bile, l'iodure de potassium, l'alcool, le sublimé, le naphтол ont donné quelques résultats. Debove et Juhel-Renoy les ont employés avec succès, mais on a vu (Wilbouchevitch) des intoxications. On a aussi employé la ponction, non plus comme moyen curatif mais sous forme exploratrice pour éclairer le diagnostic ; les auteurs l'ont fortement préconisée ; mais on a de plus en plus tendance à l'abandonner, avec raison, nous semble-t-il. En effet, plusieurs exemples ont été publiés où cette ponction a été mortelle. A notre avis, la laparotomie exploratrice est de beaucoup supérieure ; elle n'expose pas au même danger, car l'ouverture aseptique du péritoine est devenue aujourd'hui véritablement bénigne et permet d'isoler le foie en partie attiré au dehors pour inciser ou ponctionner la tumeur. Elle a en outre l'immense avantage de permettre à l'intervention d'être immédiatement curatrice.

Après avoir aseptisé la paroi, on incisera en général sur la ligne blanche autant que possible lorsque le siège de la tumeur le permet. Le foie est alors exploré ; on s'assurera qu'il est isolé par les fausses membranes ; lorsque celles-ci font défaut ou isolent incomplètement l'organe, on attirera autant que possible la tumeur hors de la plaie ; on l'entourera d'un lit de compresses et on ponctionnera le kyste avec un trocart aspirateur ou même au bistouri. Lorsque le liquide s'est écoulé au dehors, on fixe les parois de la poche aux lèvres de la plaie par des sutures soigneuses et rapprochées ; c'est la marsupialisation.

Sent-on dans le voisinage d'autres kystes peu éloignés ? on les ouvrira au thermocautère dans la cavité du premier. Cette manière d'agir nous paraît préférable (procédé de Lindemann-Landau) à l'incision en deux temps proposée par Volkmann. Mais il faut bien savoir que cette opération est loin d'être toujours aussi facile qu'elle le paraît dans la description.

On drainera toujours la poche sans qu'il soit généralement besoin de faire de lavages et on renouvellera le pansement plusieurs fois dans les premières vingt-quatre heures à cause de l'énorme quantité de liquide qui s'écoule généralement. Cette sécrétion se tarit bientôt, la poche hydatide se déterge et s'élimine d'elle-même et la guérison survient dans un temps qui varie de quelques semaines à trois mois.

Dans les cas exceptionnels où le kyste est tout à fait pédiculé à la surface du foie il peut être possible de l'énucléer et d'obtenir une guérison très rapide.

Les kystes qui se développent à la partie antéro-supérieure vers le thorax pourraient être abordés plus facilement après résection des cartilages du rebord du thorax comme l'a montré Canriot (1).

Beaucoup plus difficiles à traiter sont les kystes postéro-supérieurs. On a pu parfois les guérir de la même façon, mais l'intervention devient très laborieuse ; il semble qu'il y ait plus d'intérêt à les aborder en arrière par la voie transpleuro-péritonéale préconisée par Israël (2) et Paul Segond.

Lorsqu'on aura recours à la voie postérieure d'Israël, il sera presque toujours nécessaire de réséquer une ou plusieurs côtes. Ici encore les uns (Israël, Owen) opèrent en plusieurs temps pour laisser aux adhérences le temps de s'établir ; les autres, avec Genzmer Bulot et Segond font l'opération complète en une seule séance. Dans un cas que nous avons rapporté, l'opération se trouva très simplifiée : le kyste était suppuré ; on l'avait pris pour un abcès costal et après l'ouverture la poche s'élimina pour ainsi dire d'elle-même en totalité. Il n'est pas rare après ces différentes interventions de voir persister une fistule pendant plus ou moins longtemps. C'est pour éviter cet inconvénient que Thornton Bon et Billroth ont cherché à réduire et à éviter le drainage ; mais le principal progrès réalisé dans cette voie est dû à M. Delbet.

Il fait le capitonnage de la poche après avoir enlevé la vésicule mère et les vésicules filles ; mais il faut, natu-

1. Canriot. Thèse de Paris 1891.

2. Israël. *Septième congrès des chirurg. Allemands*, Berlin, 1879.

rellement avoir affaire à un kyste aseptique complètement accessible sans hémorrhagie ni écoulement biliaire.

Comme on le voit les kystes hydatiques du foie chez l'enfant comme chez l'adulte peuvent se présenter sous des formes et avec des sièges très variables et ne sauraient relever d'un procédé opératoire unique. C'est au chirurgien, en se basant sur les connaissances acquises et en tenant compte des particularités de chaque cas, à combiner l'opération qui lui semblera la plus favorable et la plus complète.

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques du foie chez l'enfant ne constituent pas une affection exceptionnelle, et la localisation au foie est fréquente par rapport aux autres.

2° L'âge le plus fréquemment atteint est de huit à quinze ans ; le jeune enfant, qui ne participe pas de la nourriture commune, n'est pas atteint.

3° Le sexe est indifférent, comme chez l'adulte, si l'on envisage un nombre suffisant d'observations.

4° Parmi les symptômes, nous noterons la fréquence relative du frémissement hydatique, les troubles digestifs et respiratoires, enfin l'urticaire ; l'ictère s'observe aussi un peu plus souvent que chez l'adulte.

5° Le frémissement hydatique a été expliqué par différentes théories ; plusieurs de nos cas semblent venir à l'appui de la théorie de Boinet et Davaine admise par Segond.

6° La durée de la maladie est difficile à préciser et la terminaison variable. Les kystes peuvent se rompre, migrer vers le thorax, les organes de l'abdomen ou l'extérieur ; ils peuvent suppurer bien que le fait soit rare.

7° Le diagnostic peut être plus ou moins difficile, suivant le degré d'évolution et le siège de la tumeur. Dans

un de nos cas, l'erreur fut faite avec un abcès de la paroi thoracique.

8° Le traitement, pour lequel on a proposé successivement tant de méthodes, se réduit aujourd'hui à deux : la ponction et l'incision. Les accidents causés par la première nous semblent aujourd'hui suffisants pour la faire rejeter.

Vu : le président de la thèse
PAUL BERGER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- BECQUEREL et SÉGUIN. — Gaz. méd., 1837, p. 406.
- BARRIER. — Thèse de Paris, 1840.
- BOINET. — Traité d'iodothérapie, 2^e éd. p. 521.
- BODSON. — Bull. des sc. méd. T. V., p. 75.
- CRUVEILHIER. — Anath. Pathol. A. III, p. 537.
- FINSEN. — Arch. de méd., 1869.
- RATHERY. — Thèse de Paris, 1870.
- TROUSSEAU. — Clin. A. III, p. 436.
- MARIUS PAUL. — Th. de Paris, 1836.
- GOOCH. — Cases and remark of. surgery, p. 170.
- HILL DE DUMPHRIE. — Médic. and philos. Comm. vol. II, p. 303.
- DE LASSUS et DE LAPORTE. — Journal de méd. de Corvisart
T. I. p. 130.
- BOUCHUT. — Gaz. des hôp. 1862, p. 353.
- CADET DE GASSICOURT. — Davaine, Traité des entozoaires
obs. 92.
- LEBRET. — Mémoires de la soc. de biol., 1849, p. 64.
- LABOULBÈNE. — Davaine, Traité des entozoaires.
- DESCROIZILLES. — Bull. de la soc. anatom. 1851, p. 533.
- FRÉRICHS. — Traité des mal. du foie, 1866.
- GIRALDÈS. — Mouvement méd., 1866, n^o 2.
- BOURNEVILLE et BOURGEOIS. — In thèse de Pontou.
- TRIBOULET. -- In thèse de Pontou.

ROGER. — Gaz. des hôp., 1865, p. 345.

BERGERON. — France méd., 1877, p. 569.

ARCHAMBAULT. — Union méd. 1877, II, p. 102.

SAINT-GERMAIN. — France méd., 1881, p. 362 et suiv.

DESCROIZILLES. — Manuel de path. et de clin. infant., p. 258.

FORGUES. — Traité des mal. de l'enfance, 1897, T. III, p. 195.

POTHERAT. — Thèse de Paris, 1889.

AUDION. — Revue des mal. de l'enfance, déc. 1898, p. 609.

FORGUES. — Traité des mal. de l'enf. de Grancher, Comby et
Marfan A. III, p. 192.

FINSEN. — Contribution à l'étude des échinocoques épidémi-
ques d'Islande. Arch. de méd., 1869, p. 23 et suiv.

PONTOU. — Recherches sur les kystes du foie chez l'enfant.
Thèse de Paris, 1867.

CANNIOT. — Thèse de Paris, 1891.

ISRAEL. — Septième congr. de chir. allem., Berlin 1879.

